

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 389

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MINON

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Né à Orléans le 12 novembre 1895

A PROPOS DE QUELQUES

CAS GRAVES

DE

COLIBACILLOSE GRAVIDIQUE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 389

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MINON

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Né à Orléans le 12 novembre 1895

A PROPOS DE QUELQUES
CAS GRAVES

DE

COLIBACILLOSE GRAVIDIQUE

Président : M. BRINDEAU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique.	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Modeste témoignage de vive
affection et de profonde recon-
naissance pour leur abnégation
et tous les sacrifices qu'ils ont
faits.*

A MON FRÈRE

Le D^r ANDRÉ MINON

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES SCEURS

A MA FIANCÉE

A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le D^r MICHEL, médecin de l'Hôpital Tenon.

M. le D^r ARROU, chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Professeur RÉNON (*in memoriam.*)

M. le D^r LOUSTE, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

M. le D^r HALLÉ, médecin de l'Hôpital Necker.

M. le Professeur agrégé ALGLAVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. le D^r CETTINGER, médecin de l'Hôpital Cochin.

M. le Professeur BAR, professeur de clinique obstétricale.

M. le Professeur agrégé METZGER, accoucheur des Hôpitaux.

M. le Professeur agrégé LEQUEUX.

M. le D^r GUINON, médecin de l'Hôpital Bretonneau.

M. le Professeur agrégé MARION, chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

M. le Professeur JEANSELME, médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux et reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider cette thèse.

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

Accoucheur des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et auquel nous adressons l'hommage de notre profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Il existe une certaine confusion entre les termes de colibacillose et de pyélonéphrite gravidique.

On ne recherche pas assez souvent au cours de la grossesse les manifestations générales dues au colibacille et, dans bien des cas où la femme enceinte se plaint et présente des phénomènes généraux avec fièvre, frissons, courbature, on a encore tendance à étiqueter d'un vague nom de grippe ces manifestations, sous prétexte qu'on ne trouve pas de localisation. La localisation rénale peut n'être que tardive ou faire tout à fait défaut. Mais dans cette première période, uniquement septicémique, il peut se faire que les phénomènes généraux s'aggravent et mettent rapidement en danger la vie de la femme, qu'une intervention obstétricale précoce aurait peut-être pu sauver.

Au cours d'un récent intérim que notre maître le professeur agrégé Metzger effectua à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, il lui fut donné d'observer chez une femme enceinte de sept mois, un cas d'ictère grave, dont l'évolution rapide fut vraiment impressionnante. Malgré une intervention hâtive la femme succomba après un séjour de quarante-huit heures

à l'hôpital. Les circonstances étiologiques de ce cas d'ictère grave, ses particularités cliniques, semblent nous autoriser à le rattacher à la colibacilliose-gravidique ; or, quelque temps auparavant, M. le professeur agrégé Metzger signalait à la Société d'obstétrique 3 cas graves de colibacilliose : 2 se terminèrent par la mort ; dans la troisième observation, l'interruption artificielle précoce de la grossesse amena la cessation brusque de tous les accidents.

C'est pourquoi, sur les conseils de notre maître, nous avons pensé qu'il était intéressant de rapporter, d'une part, les observations où, malgré un traitement rapide mais probablement trop tardif, les malades ont succombé, d'autre part, celles où grâce à l'interruption de la grossesse la guérison a été obtenue rapidement.

Nous avons examiné dans la littérature médicale ce qui a été dit sur la colibacilliose gravidique ; nous nous sommes attachés surtout à rechercher les cas graves. Il nous a semblé que cette affection, si fréquente au cours de la grossesse, était, un peu à tort, considérée comme toujours bénigne. Si quelques auteurs ont signalé des cas où le pronostic semblait devoir être réservé dans des cas de pyélonéphrite par exemple, ces auteurs font remarquer qu'un traitement médical approprié vient en général à bout de ces localisations colibacillaires. Certes, il en est heureusement ainsi le plus souvent ; mais cependant, il est des cas de colibacilliose dans lesquels l'infection prenant d'emblée un caractère de haute gravité,

toute thérapeutique purement médicale devient illusoire, et où l'arrêt précoce de la gestation permet seule de sauver la malade. Les faits de ce genre semblent peu connus ; rares en effet sont les observations qui les relatent.

Aussi nous proposerons-nous dans ce bref exposé de rassembler les quelques cas graves de colibacillose gravidique que nous avons pu relever et de les étudier pour en tirer les conclusions pratiques qu'ils méritent.

Nous voudrions surtout insister sur ce fait, trop peu connu à notre avis, que dans certains cas rares on peut être amené à interrompre la grossesse : temporiser trop longtemps devient extrêmement dangereux pour la femme.

Mais avant de commencer ce modeste travail, et au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer ici à nos chers maîtres dans les hôpitaux nos remerciements les plus chaleureux pour l'enseignement si élevé et si éclairé dont ils nous ont fait profiter, ainsi que des conseils bienveillants dont ils nous ont toujours entourés.

Qu'ils reçoivent ici l'humble hommage de notre vive gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons tout spécialement à remercier M. le professeur agrégé Metzger dont nous avons apprécié l'enseignement pratique à la clinique Tarnier, et qui a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse.

M. le professeur Brindeau nous a fait le grand hon-

neur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse ; nous lui en sommes profondément reconnaissant et le prions d'agréer nos remerciements respectueux.

A PROPOS DE QUELQUES
CAS GRAVES
DE
COLIBACILLOSE GRAVIDIQUE

CHAPITRE PREMIER

La colibacillose gravidique

GÉNÉRALITÉS

Depuis les remarquables travaux de Bar, la colibacillose gravidique est une entité morbide bien définie, dont les modalités cliniques, quoique variées, en sont actuellement bien connues.

Définition. — C'est le passage du colibacille, hôte habituel de l'intestin, dans la circulation sanguine ; une septicémie d'origine intestinale, suivie à plus ou moins longue échéance d'une localisation viscérale. Ce sont ces infections, à point de départ intestinal, si fréquentes et si particulières au cours de la grossesse, que Bar a pu réunir et désigner sous le titre de colibacillose gravidique. Déjà Tarnier et Vignal en 1889 signalèrent la fréquence du bactérium coli dans diverses complications infectieuses de la grossesse et des suites de couches.

A. *Qu'est le colibacille ? Définitions morphologiques. Bactériologie.* — Le colibacille est un sapro-

phyte de l'intestin et il s'y trouve vis-à-vis des autres microbes intestinaux en quantité prédominante. Il présente des caractères morphologiques qui sont communs à un grand nombre de bactéries intestinales, banales ou pathogènes. Il se rapproche beaucoup des bacilles typhiques et dysentériques dont il ne diffère que par des caractères biologiques. Comme eux, il offre un polymorphisme étendu, mais il apparaît plus vigoureux encore dans ses pullulations. Son action sur la lactose est fondamentale et sert de point de départ pour les identifications : la gélose tournesolée rougit rapidement et se fragmente sous l'influence des bulles gazeuses.

Rôle pathogène. — Le colibacille est l'hôte normal, constant et prépondérant de l'intestin. Il existe un véritable équilibre entre l'organisme humain et le colibacille. Mais que le saprophyte vienne à acquérir une virulence anormale, ou que l'organisme subisse un affaiblissement dans sa résistance, voilà l'équilibre rompu. De saprophyte le colibacille devient subitement pathogène. Que se passe-t-il pendant la grossesse ?

La femme enceinte est une constipée, il y a chez elle une parésie normale de l'intestin, c'est là un fait d'une importance capitale. Cette constipation engendrée par la grossesse peut parfois prendre presque les allures d'une occlusion favorisant le passage du colibacille à travers la paroi intestinale. Ainsi que le signalent Widal et Lemierre dans le *Traité des maladies infectieuses* « toutes les formes d'occlusion

« intestinale entraînent des troubles circulatoires, de
« la stase veineuse, de l'arrêt du courant artériel, de
« l'œdème des différentes tuniques, des desquamations
« épithéliales qui facilitent la pénétration du coli-
« bacille dans la paroi de l'intestin ; il peut ainsi
« atteindre facilement la séreuse et même s'intro-
« duire dans la circulation sanguine. »

Nous savons aussi que les troubles digestifs sont fréquents au cours de la grossesse ; il y a un véritable ralentissement de la digestion, quand au contraire l'activité des échanges est augmentée.

Ainsi que le dit Cathala dans sa thèse de Paris 1904 :

« Dès les premiers mois de la grossesse les organes
« contenus dans le petit bassin sont fortement congestionnés et cet état congestif ne reste pas limité à la cavité pelvienne, il s'étend au delà et par l'intermédiaire des anastomoses vasculaires il intéresse tous les viscères abdominaux. D'ailleurs, le système veineux général subit une ectasie énorme dès le début de la grossesse : toutes les veines périphériques et viscérales sont distendues par le fait de la pléthore due à l'augmentation du plasma sanguin chez les femmes enceintes.

Ainsi se dégage une seconde cause prédisposante de la colibacillose : la congestion intestinale avec ralentissement de la circulation, congestion se manifestant cliniquement par le développement des hémorroïdes, et entraînant avec elle une activité

plus grande de la circulation portale : congestion passive favorable à l'infection.

Notons aussi que la grossesse entraîne malgré tout une certaine diminution dans la résistance de l'organisme. Voilà donc réunies les conditions requises pour rompre l'équilibre en faveur du colibacille, hébergé jusque-là sans inconvénient. A la faveur de cet état particulier du tractus gastro-intestinal, et du fait de la stase intestinale, il y a modification du contenu intestinal, et une véritable rétention colibacillaire, d'où pullulation des germes et exaltation de leur virulence. On a invoqué aussi la compression de l'intestin par l'utérus gravide, comme susceptible d'expliquer cette stercorémie, admettons seulement qu'elle ne fait qu'augmenter le mauvais fonctionnement intestinal lorsqu'elle se produit, car cette opinion est contredite par les cas de colibacillose survenant au deuxième mois de la grossesse, alors qu'il n'existe pas de cause de compression.

Ainsi, retenons le premier fait important : le passage du colibacille dans la circulation porte ; il y a primitivement septicémie portale. Que va devenir ce colibacille ?

C'est alors que doit intervenir le plus important émonctoire de l'organisme : le foie, auquel est dévolu le rôle de retenir, puis de détruire le colibacille pathogène. S'il suffit à sa tâche, tout rentre rapidement dans l'ordre. Nous connaissons les multiples fonctions que doit remplir le foie au cours de la gestation ; rappelons seulement que le foie est certai-

nement l'organe auquel est confiée l'action la plus complexe au cours de la gravidité ; mentionnons en première ligne sa fonction antitoxique. Que cet organe de dépuración vienne à être insuffisant, il pourra en résulter d'abord une infection hépatique plus ou moins grave, qui pourra se traduire par de l'ictère ; puis, la barrière étant forcée, nous aurons une véritable septicémie : une colibacillémie.

Certaines circonstances favorisent précisément le mauvais fonctionnement du foie : c'est d'abord la congestion de cet organe, favorisée par la plus grande activité de la fonction, le surcroît de travail — et l'on sait la facilité avec laquelle s'infectent les glandes dont l'activité est exagérée — ensuite l'épaississement de la bile. Bar a bien montré que cette bile épaissie, devenue boueuse, du fait de la gestation, s'écoule difficilement ; cet état de la bile provient en partie de ce que pendant la grossesse un grand nombre de globules rouges qui ont servi à la nutrition du fœtus sont détruits dans le foie. Cette bile épaissie, « ce sirop de bile » s'écoulant difficilement amène des accidents, en particulier, des alternatives de diarrhée et de constipation. Notons que le colibacille parti de l'intestin peut gagner également, par voie ascendante et canaliculaire, le foie tributaire de l'intestin ; par suite d'un ralentissement de l'excrétion, l'infection intestinale se propage plus aisément, les canaux n'étant plus balayés par le flux sécrétoire.

De ce mauvais fonctionnement pourra résulter une localisation hépatique plus ou moins grave de

l'infection, se manifestant sous une des formes cliniques suivantes : colique hépatique, angiocholites avec ictère simple. Nous ne nous y arrêterons pas. Mais ce qui nous intéresse c'est que ces diverses infections locales pourront être elles aussi le point de départ d'une septicémie colibacillaire, par les véritables décharges bactériennes qui se produisent dans la circulation.

Bref, à ce stade le colibacille a franchi les limites des voies biliaires, il a pénétré dans la circulation générale, la colibacillémie est constituée et, de fait, les hémocultures montrent les colibacilles en circulation dans le sang,

Véritable affection mère, ainsi que le disait un jour le professeur Jeannin dans une de ses leçons, dont découlent les diverses complications que nous connaissons : cholécystite, appendicite, pyélonéphrite.

Ces deux périodes dans la symptomatologie de la colibacillose : phase présuppurative, phase suppurative ont été merveilleusement mises en lumière par Bar lorsqu'il étudia la phase présuppurative de la pyélonéphrite gravidique.

Mais il ne faudrait pas croire qu'à cette phase septicémique doive invariablement faire suite une localisation viscérale : suppuration rénale par exemple. Cette période d'infection pure représente souvent toute la maladie ; tantôt modérée dans ses manifestations, elle revêt d'autres fois une haute gravité au point de mettre rapidement la vie de la femme en danger sans qu'aucune localisation ne se produise.

Dans l'un et l'autre cas, on ne remonte pas à la véritable cause : la colibacillose.

Aussi, nous proposons-nous maintenant d'étudier avec un peu plus de détails la colibacillose dans sa symptomatologie clinique à la phase septicémique pure, nous essayerons de faire ressortir sous quelles formes variées elle peut se présenter, à quelles difficultés de diagnostic elle peut prêter et quelle gravité elle revêt parfois ; nous verrons quelle fut l'évolution de la maladie, sa terminaison et le traitement suivi ; cela nous permettra d'exposer quelle conduite il importe, à notre avis, de tenir dans des cas semblables.

CHAPITRE II

Etude clinique de la colibacillose

A la phase d'infection pure, la colibacillose se caractérise avant tout par des phénomènes généraux. Selon la virulence de l'agent pathogène et la résistance de l'organisme, ces accidents seront plus ou moins durables ; parfois ils sont si légers qu'ils ne se manifestent par aucun phénomène fébrile et passent inaperçus. D'autres fois ce sont de faibles élévations de température qu'on ne peut expliquer ou plutôt qu'on n'attribue pas à la véritable cause : c'est la fièvre essentielle de la grossesse, autrefois admise par tous, expliquée par personne et qui semblait déjà constituer une entité morbide. Les anciens auteurs à la suite de John Burns décrivaient sous le nom de « fièvre de grossesse » un état fébrile propre aux femmes enceintes et survenant habituellement vers le milieu de la gestation. Ce sont par exemple des femmes qui, le quatrième ou cinquième mois, font pendant quelques jours ou quelques semaines, sans cause apparente, une poussée de température qui inquiète l'entourage et qui cède brusquement sans reparaitre ni laisser de traces. Il faut savoir que la plupart de ces états infec-

tieux qui surviennent pendant la grossesse et dont la nature reste souvent inexpliquée sont dus au passage du colibacille pathogène dans la circulation sanguine ; ces phénomènes fébriles passagers observés chez la femme enceinte ne sont bien souvent que des manifestations frustes de la colibacillose.

Bar a tracé un magistral tableau de ces différentes formes cliniques qu'emprunte la colibacillose.

A un premier degré :

« Les seuls symptômes qui attirent l'attention sont de l'inappétence, parfois de la diarrhée ; il y a un peu de pâleur du visage. La malade accuse de vagues sensations de froid ou même de frais, contre lesquelles elle aime à se protéger, à peine couverte elle a de petites poussées sudorales. Elle se plaint de lassitude. La température axillaire s'élève rarement au-dessus de $37^{\circ}2-37^{\circ}4$; le pouls est à 80-90 parfois 100 pulsations. Si la malade se plaint on pense surtout à de la grippe, à de l'infection intestinale fruste. »

A l'opposé de cette forme nous pouvons rencontrer la suivante dans laquelle d'emblée l'infection semble grave : la femme bien portante en apparence présente tout à coup un frisson ; la température s'élève à $39-40$ degrés et reste élevée quelques heures ou même deux à trois jours ; le pouls est rapide, fort, la face est vultueuse. L'accès se résout lentement ou vite et par une poussée sudorale ; tout rentre dans l'ordre ou bien l'état général reste médiocre et, à ce début brusque peut succéder une phase dans laquelle appa-

raîtront les accidents de la suppuration de la deuxième période.

Entre ces deux formes opposées, Bar place une autre forme qu'il a rencontrée plusieurs fois et qui peut prêter le plus à égarer le diagnostic :

« Le début est insidieux, il simule celui de la grippe, et il est commun de constater un peu de toux ; à l'auscultation on trouve quelques râles de bronchite dans les deux poumons. L'état général est grave, l'amaigrissement rapide ; le visage se fane, se grippe, il est d'une grande pâleur. La déchéance est si rapide qu'après avoir pensé à de la grippe, on redoute une forme larvée de tuberculose et on réserve le pronostic. Il y a de petites poussées fébriles : le thermomètre monte peu 38°, 38°₂, 38°₅ et le soir ; mais le pouls est constamment rapide (plus de 100 pulsations). Il y a une inappétence absolue, parfois de la diarrhée alternant avec de la constipation. Il y a surtout de la lassitude, un anéantissement des forces et un amaigrissement rapide, qui autorisent toutes les craintes. »

Bar cite à l'appui deux observations dans lesquelles l'état général devenait si mauvais que le diagnostic d'une tuberculose latente semblait s'imposer avec éventualité d'une terminaison rapide par de la granulie.

Quand les septicémies colibacillaires succèdent à des troubles gastro-intestinaux moins profonds, elles prennent volontiers le type de fièvre continue, rappelant une fièvre typhoïde.

Ainsi, pratiquement, deux formes cliniques :

La première insidieuse, lente, sournoise, se manifestant par quelques malaises, de l'état suburral des voies digestives, de petits frissons, de légers accès fébriles passagers, un pouls un peu rapide par rapport à la température, de l'amaigrissement, parfois de vagues douleurs lombaires.

La deuxième forme, aiguë, brutale, en pleine santé apparente, grands frissons, grandes oscillations de la température, pouls plein et fréquent, mais l'état général reste très bon.

Entre ces deux formes on peut trouver tous les intermédiaires.

On voit combien cette phase d'infection pure, sans signes de localisations peut être trompeuse et combien le diagnostic peut être hésitant : grippe?... typhoïde?... tuberculose?... septicémie quelconque?... Les anamnestiques ne révèlent que peu de choses ; cependant on note certaines circonstances importantes dans les jours précédents : soit constipation, soit diarrhée, soit alternative de diarrhée et de constipation avec quelques selles fétides, signes de stercorémie.

Ce qui importe à cette période c'est d'examiner les urines, de rechercher la « polyurie trouble ». D'autres fois il arrive ceci de particulier à cette phase de la maladie, c'est que l'urine est peu abondante, uniformément trouble, comme du bouillon tourné (avec parfois des sortes de reflets) ; elle a une odeur spéciale, fade, un peu fétide ; le dépôt est peu

abondant et contient seulement quelques globules de pus et de colibacilles nombreux. Y a-t-il infection des voies urinaires ? Pyélonéphrite ?... Non, il y a colibacillurie pure et simple. En effet, à cette période nous voyons intervenir cet important émonctoire : le rein, chargé d'assurer l'épuration de l'organisme ; le colibacille passé dans la circulation sanguine est éliminé par le rein. Voilà le fait capital : il y a bactériurie.

Les auteurs anglais et américains ont attiré l'attention sur la fréquence de cette colibacillurie latente chez les femmes souffrant de troubles gastro-intestinaux chroniques.

Dans ce rôle de dépuración de l'organisme, nous pouvons voir le rein, après le foie, faiblir lui aussi dans sa tâche. Ce mauvais fonctionnement ici encore doit être attribué à la suractivité fonctionnelle de l'organe. Mais d'autre part il est un certain nombre de causes inhérentes à la gestation ; signalons la congestion de l'organe résultant des connexions qui existent entre le système vasculaire utéro-ovarien et le système vasculaire rénal ; mentionnons aussi l'étiement possible de l'uretère sur le segment inférieur distendu lorsque la grossesse est assez avancée, fait mis en lumière par Cathala ; rappelons enfin la légère coudure de cet uretère chez la femme enceinte. De toutes ces causes favorisantes il peut en résulter un drainage plus ou moins défectueux ; ce rein à qui l'organisme demande un surcroît de travail apparaît

donc dans de mauvaises conditions physiques et physiologiques pour remplir sa tâche.

Comme le signalent Widal et Lemierre, il est des cas où le colibacille éliminé par le rein détermine des lésions plus ou moins manifestes de cette glande ; la conséquence peut en être l'apparition dans l'urine de cylindres, d'albumine et de globules rouges. Signalons que parfois la femme accuse quelques douleurs lombaires.

A ce propos rappelons cette observation de notre maître le professeur Bar :

« Une femme aux sixième mois de sa grossesse est envoyée dans mon service le 27 janvier 1900. Elle était hospitalisée dans un service de médecine, avait de la fièvre, on ne pouvait en préciser la cause, mais son état général était si grave, qu'on me demandait de provoquer l'accouchement. Je l'examinai et je trouvai une pyélite suppurée du côté droit à colibacilles. Je pensai que la néphrostomie était indiquée et je soumis cette femme à l'examen de M. Blum. On se préparait à intervenir quand notre femme eut de l'ictère et tous les signes d'une hépatite infectieuse avec menace d'éclampsie et manie aiguë. »

Comme le fait remarquer Bar, « la suppuration n'est qu'un phénomène secondaire, et grâce à la nature de l'agent pathogène, elle peut être assez tardive, être précédée par une période longue pendant laquelle il y a seulement infection et intoxication ».

Plus fréquents sont les cas où cette pseudo-infection rénale ne se traduit par aucun phénomène cli-

nique ; seul l'examen bactériologique de l'urine y révèle l'existence de nombreux colibacilles.

D'où la double erreur possible contre laquelle nous voudrions mettre en garde le clinicien et qui consiste :

La première, à méconnaître une colibacillose, sous prétexte qu'on ne trouve pas de localisation, et à attribuer à une grippe banale les phénomènes généraux que présente la femme.

La deuxième, à prendre pour une pyélonéphrite une colibacillose, dans sa première phase uniquement septicémique, parce que la femme a des urines un peu troubles : elle élimine des colibacilles, voilà tout. Or, les phénomènes généraux pourront brusquement s'aggraver et mettre rapidement en danger la vie de la femme si l'on n'intervient pas.

Retenons donc ce fait capital : Au cours de la phase d'infection pure, c'est-à-dire de la colibacillémie, il arrive fréquemment que l'examen des urines nous révèle une bactériurie abondante mais sans pyurie bien caractérisée, et il ne peut être question de localisation pyélorénale. La meilleure preuve, ainsi que nous le verrons dans plusieurs observations de cas graves : le cathétérisme de l'uretère, si efficace dans les cas de pyélonéphrite confirmée, n'amène aucune sédation des phénomènes lorsqu'elle est pratiquée dans ces conditions ; l'état général va s'aggravant, et, nous le verrons, il faut avoir recours à une thérapeutique obstétricale rapide si l'on veut sauver la vie de la femme.

CHAPITRE III

Evolution de la colibacillose

Cette septicémie colibacillaire peut, dans les cas heureux, guérir rapidement, surtout si les émonctoires, foie et reins fonctionnent bien.

Tantôt elle évolue en sept à huit jours à la façon d'un embarras gastrique, mais habituellement la maladie se prolonge pendant plusieurs semaines et par ses symptômes, ses manifestations plus bruyantes, son évolution, peut simuler une fièvre typhoïde dont l'hémoculture peut seule la différencier.

Dans la plupart des cas ces incidents, bien que sérieux, se terminent par la guérison.

D'autres fois à la phase d'infection fait suite la phase de suppuration : le colibacille possède en effet la propriété de donner naissance à des métastases suppurées. Bar a bien fait remarquer que « la suppuration même abondante, coïncide parfois avec une amélioration de l'état général ; la suppuration est en effet un signe de réaction de l'organisme ».

Parfois, la phase purement infectieuse se prolonge sans aboutir à la deuxième phase suppurative, les

accidents s'accroissent, l'état général s'altère, l'amaigrissement apparaît, l'asthénie se fait sentir, bref les phénomènes généraux s'aggravent et la mort survient rapidement.

C'est précisément sur ces cas peu fréquents et du fait même peu connus, que nous voudrions maintenant insister. La maladie, ici encore, débute par quelques symptômes généraux : de la constipation, de l'anorexie, un peu de fatigue ; puis, tout à coup, apparaissent des frissons assez violents, la température s'élève à 39-39°5. Mais le lendemain celle-ci est redescendue à la normale ; il persiste seulement un peu d'inappétence. Quelques jours plus tard, nouveaux frissons et la température remonte à 40 degrés. Nouvelle accalmie, puis réapparition des mêmes phénomènes. Ainsi pendant des semaines la température oscille entre 39 et 40 degrés avec quelques jours de rémission : le thermomètre ne marque plus que 37 ou 37°5-37°8, mais la fatigue, l'anorexie persistent et l'amaigrissement commence à se manifester. Néanmoins on ne croit pas devoir s'inquiéter, la malade suit un traitement médical plus ou moins stricte (désinfectants intestinaux, laxatifs, urotropine, boissons abondantes) dont chaque jour on attend l'heureux résultat. Cependant, insensiblement l'état général s'altère, l'amaigrissement s'accroît, la malade perd ses forces. Déjà la partie est très compromise, on s'inquiète. Mais que faire ?... On soigne la stercorémie, etc.

Un beau jour il apparaît du subictère et en peu

de temps l'état de la malade devient très grave ; finalement celle-ci succombe.

C'est dans ces cas, où la phase d'infection pure se prolonge malgré le traitement médical, où l'amaigrissement et l'asthénie apparaissent avec rapidité, que l'attention du clinicien doit être tenue en éveil ; les jours de la malade ne tardent pas à être en danger et dans ces cas — heureusement rares — une seule thérapeutique s'impose à notre avis : à savoir l'interruption artificielle de la grossesse ; seule cette intervention radicale permet de sauver la vie de la femme. Encore faut-il que cette intervention soit assez précoce, sinon, l'intoxication est trop profonde, l'asthénie trop marquée, et la malade succombe.

Dernièrement, le D^r Metzger eut l'occasion d'observer 2 cas très instructifs à cet égard, et absolument superposables, qu'il rapporta à la Société d'Obstétrique de cette année. Laissons la parole à notre Maître :

« Dans les 2 cas j'ai été consulté pour des malades enceintes l'une de six mois, l'autre de six mois et demi, soignées respectivement depuis six semaines et depuis deux mois par leur médecin pour accidents de colibacillose, qui avaient donc débuté vers quatre mois et demi de grossesse. Ces malades avaient une courbe de température oscillant entre 39°5 et 40 degrés avec quelques jours d'apyrexie relative ; elles présentaient de l'anorexie, de la constipation, des frissons et des douleurs lombaires. On les avait mises au traitement médical habituel sans obtenir d'amélioration

nette. A aucun moment leurs médecins n'avaient pensé à interrompre la grossesse, car « ce n'est pas classique » me dirent-ils. « J'ai trouvé ces malades en état très grave, amaigrissement, asthénie et présentant du subictère, symptôme que je considère comme particulièrement alarmant. J'ai porté un pronostic très sombre qui s'est malheureusement vérifié ; malgré une interruption artificielle rapide de la grossesse ces deux malades ont succombé et je suis intimement persuadé qu'on les aurait sauvées toutes deux par une intervention plus précoce ».

Voici le résumé de la première observation :

D... Annette, âgée de 30 ans, exerçant la profession de couturière, est enceinte de cinq mois environ, primipare, ses dernières règles remontent au 25 décembre 1920.

Antécédents héréditaires. — Son père est bien portant, sa mère est morte à 48 ans d'une affection cardiaque ; elle a deux frères et quatre sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Les débuts de la grossesse avaient été normaux, quand, à quatre mois et demi, cinq mois, la femme se plaint de constipation et d'anorexie légère. Un soir, le 21 juillet, la malade est prise de frissons et la température s'élève à 39°5 ; elle pense à un peu de grippe, mais le lendemain matin la température est redescendue à 37°2. Le soir nouvelle ascension thermique et cette fois le thermomètre marque 40°5. La malade est secouée par des frissons violents et répétés, la langue est un peu saburrale et l'anorexie complète. Le médecin prescrit le repos, la diète et quelques désinfectants et laxatifs intestinaux. Le 25 juillet, la température est à 40 degrés après avoir été à 39 la veille ; la malade urine peu, trois quarts de litre seulement.

Le soir, un cachet de cryogénine est prescrit et le lendemain matin la température atteint 35°8. Mais le soir le thermomètre marque à nouveau 39°5. La quantité d'urine s'élève à un litre. Le 29 au matin la fièvre est tombée à 36 degrés et pendant les trois jours suivants, la température se maintient autour de 37. Néanmoins, la malade est fatiguée et n'a pas d'appétit.

Les 3 et 4 juillet au soir, nouveaux frissons, le thermomètre marque 39 degrés. Puis, pendant neuf jours, la température oscille entre 36°8 le matin et 37°5-38 le soir. On semble être autorisé à penser que tout va rentrer dans l'ordre, quand, brusquement, les accidents se reproduisent avec la même intensité (frissons violents, température élevée et irrégulière). Le 18 juillet au soir la température atteint 40°4.

En outre, la constipation est absolue, l'anorexie complète, la langue un peu porcelainée. La malade, qui est à une diète sévère, commence à maigrir sérieusement.

A cette phase aiguë succède une période de quatre jours de calme trompeur, avec apyrexie matinale et vespérale. Brusquement le 25 au soir les phénomènes reprennent avec plus d'acuité.

Pendant huit jours consécutifs, la malade fait des poussées irrégulières de température, à grandes oscillations (39°8 le soir et 36° le matin), elle se plaint en outre de quelques douleurs lombaires. Cependant la diurèse est bonne. La quantité des urines se maintient entre deux litres et deux litres et demi.

Malgré le traitement médical sévère toujours poursuivi, non seulement aucune amélioration ne se manifeste, mais rapidement l'état de la malade devient inquiétant. Le 1^{er} août apparaît du subictère. Dans les jours suivants, notre Maître, le D^r Metzger, est demandé en consultation. Il se trouve en présence d'une malade très amaigrie, au faciès tiré, avec subictère des conjonctives et ayant des frissons répétés, une température irrégulière (39°5 40°) et présentant une asthénie accentuée.

De suite la situation fut jugée très alarmante ; malgré un

pronostic sombre, en présence des accidents d'infection générale colibacillaire, notre Maître

décida, sans tarder, d'avoir recours à l'interruption artificielle de la grossesse.

Le 5 août, césarienne vaginale.

Section antérieure et postérieure du col sur la ligne médiane. Extraction d'un enfant qui succombe rapidement.

Délivrance naturelle complète. On suture au catgut, après avoir fait un tamponnement intra-utérin.

A 16 heures on enlève le tamponnement, glace sur le ventre, sérum rectal. Le pouls est à 96, la température à 35°8.

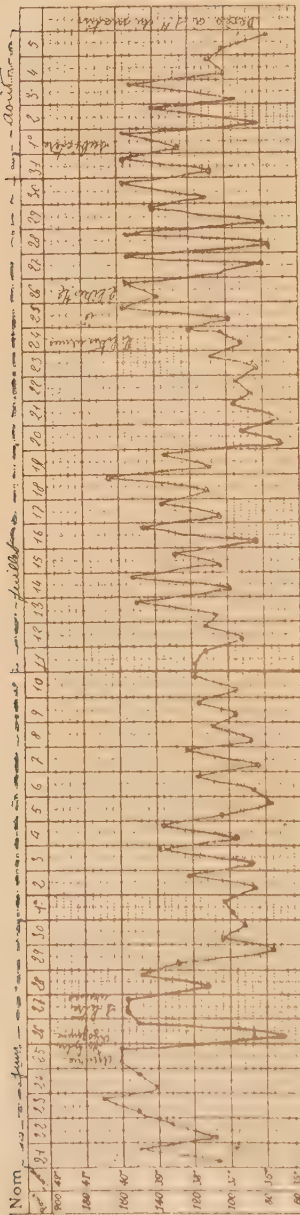
Le 6 août à 22 heures. Crises de dyspnée intense. Ventouses sèches, scarifiées au niveau des reins. Oxygène en inhalation. Huile camphrée à haute dose.

La malade succombe à 1 heure du matin.

L'enfant extrait pesait 1.530 gr. Placenta 270 gr.

Voici la courbe de température pendant tout le cours de la maladie ; elle permet de se rendre compte de l'évolution de l'affection.

La deuxième observation est en tous points semblable



à la première. Nous ne la reproduirons donc pas en détail.

C'était une malade de province, enceinte de six mois et demi, pour laquelle notre Maître fut appelé en consultation. La maladie durait depuis deux mois, avec frissons, température irrégulière, anoxerie, amaigrissement, asthénie, puis apparut du subictère. La situation fut encore jugée très grave et malheureusement le pronostic se vérifia, ici encore ; malgré une intervention rapide, la malade succomba dans les jours suivants.

Ainsi, dans les deux cas, l'interruption thérapeutique de la grossesse fut pratiquée dans des conditions tout à fait néfastes au moment où la malade semblait déjà perdue.

Dans le premier cas, les accidents colibacillaires dataient de six semaines, et dans le deuxième cas, de deux mois. N'est-il pas permis de penser que par une intervention plus précoce, avant que l'organisme ne fût aussi profondément touché, ces malades auraient pu être sauvées ?

Dans le cas de vomissements graves, attendrions-nous pour pratiquer l'avortement que la partie soit irrémédiablement perdue ?... Pourquoi dès lors temporiser aussi longtemps, lorsqu'il s'agit d'accidents graves de colibacillose ?

C'est qu'en effet il n'est pas « classique » d'interrompre la grossesse pour colibacillose, pour cette unique raison, que les cas graves sont peu fréquents et qu'en général le traitement médical suffit à juguler

les accidents. Cependant, nous venons d'en avoir la preuve, il est des cas dans lesquels le traitement médical n'amène aucune amélioration ; peu à peu l'état général décline, l'amaigrissement se produit, l'infection envahit rapidement l'organisme et, si l'on n'intervient pas, la femme succombe.

Dans ces cas précis nous pensons que l'on doit avoir recours sans tarder à l'avortement thérapeutique.

Loin de nous l'idée de laisser entrevoir l'interruption de la grossesse comme un traitement courant de la colibacillose : *ce ne doit être qu'un traitement d'exception*. Mais dira-t-on à quel critérium se fier pour intervenir ? Doit-on attendre l'apparition du subictère ? A notre avis l'apparition du subictère est d'un pronostic très sombre, il indique une intoxication profonde de l'organisme, et dès ce moment, la partie est très compromise. La répétition des accidents fébriles, la durée de l'infection, et surtout les modifications de l'état général, l'amaigrissement, l'asthénie commençante, la rapidité du pouls doivent servir de guide et tenir l'attention en éveil.

Mais d'autres fois, brutalement, l'infection apparaît intense, toute thérapeutique devient illusoire, l'état de la femme devient rapidement grave ; celle-ci présente du délire, et meurt dans l'ataxo-adyynamie.

Widal et Lemierre ont publié en 1904 l'observation d'une femme qui succomba au sixième jour de la maladie au milieu de symptômes d'atoxo-adyynamie.

Voici le résumé de cette observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 19 juillet 1904 :

« G..., 29 ans, entre le 18 février 1902 à l'Hôpital Cochin. Cette femme présente une agitation incessante et du délire ; il est impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement ; le faciès est vultueux, la température est à 38°4. La langue est sèche et rosée. L'examen des organes reste absolument négatif ; on constate seulement une albuminurie assez abondante. Mais voici les renseignements que l'on put obtenir de son mari : la malade était enceinte de six mois ; le 14 février elle a été examinée par une sage-femme qui aurait constaté une grossesse normale en évolution régulière. Brusquement le 16 à quatre heures elle se plaint d'une céphalalgie légère et bientôt après elle éprouve les premières douleurs de l'accouchement ; quelques heures plus tard l'avortement se produit. La céphalalgie s'accroît encore et le soir la malade a des vomissements et de la diarrhée. La céphalée et les vomissements persistent jusqu'au lendemain dans la journée, moment où la malade commença à délirer jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Au moment de l'entrée de la malade on constate un léger écoulement fétide par la vulve ; le 19 février au matin température 39, la malade est plongée dans le coma. On pratique une ponction lombaire qui donne un liquide franchement purulent. La malade ne sort pas du coma et meurt dans la nuit suivante.

Examen bactériologique. — Le 19 février, ensemencement de 5 centimètres cubes de sang dans 400 centimètres cubes d'eau peptonée ; en vingt-quatre heures culture pure de colibacilles. Ensemencement de la surface interne de l'utérus : culture pure de colibacilles.

Examen du pus retiré par la ponction lombaire :

Nombreux bâtonnets courts et trapus ne prenant pas le Gram. Les cultures donnent un colibacille à l'état de pureté.

Des faits semblables ont été relatés par Wiens, Holst et Alexander.

Voici maintenant des cas dans lesquels le colibacille, apporté par la voie sanguine, lèse plus ou moins

gravement le parenchyme hépatique. Cela ne doit pas nous étonner ; nous savons que la grossesse diminue la vitalité du foie et, par les troubles qu'elle occasionne fréquemment à cette glande, prédispose à cette localisation infectieuse. Celle-ci se traduira par une altération anatomique grave, dont la première manifestation sera l'ictère. Ictère bien différent de celui que nous avons signalé au cours de l'angiocholite ; il est ici la traduction de la lésion parenchymateuse.

Nous n'entreprendrons pas de décrire en détail la symptomatologie de cet ictère. Les signes en sont classiques, ils consistent en une coloration jaunâtre des tissus, surtout marquée au niveau de la conjonctive et du plancher de la bouche. On note quelques troubles digestifs caractérisés par une langue sale et de l'inappétence ; il y a quelquefois surtout au début des nausées et des vomissements.

Les matières fécales, argileuses, sont plus ou moins complètement décolorées ; les urines rares ont une coloration acajou ; elles contiennent un peu d'albumine et des pigments biliaires qu'on peut déceler à l'aide de la réaction de Gmelin. La température dépasse de quelques dixièmes la normale ; il peut y avoir ralentissement du pouls.

Ajoutons que le plus souvent l'apparition de l'ictère est précédée de troubles gastro-intestinaux, mais que, rarement il est vrai, l'ictère peut se montrer d'emblée, précédé seulement de quelques symptômes généraux.

Widal, Lemierre et Brodin ont vu survenir chez une femme enceinte de quatre mois, un ictère catar-

ral bénin, précédé de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée. Malgré l'absence de fièvre, l'hémoculture pratiquée plusieurs jours avant la crise urinaire donna un colibacille.

Dans un autre cas, rapporté par les mêmes auteurs, l'ictère débuta par des vomissements, il dura plus d'un mois, s'accompagnant d'une fièvre oscillant entre 38 et 39. Cet ictère se compliqua de symptômes inquiétants : métrorragie, épistaxis, hémorragies gingivales.

A deux reprises l'hémoculture permit d'isoler un colibacille.

Enfin, le 2 juillet 1920, Widal et Lemierre rapportèrent à la Société médicale des Hôpitaux l'observation suivante dont voici le résumé :

Ictère infectieux, bénin, chez une femme enceinte, consécutif à des troubles gastro-intestinaux. — Métrorragie peu abondante. — Guérison. — Hémoculture positive.

G... Amélie, 19 ans, domestique étant enceinte de quatre mois est prise subitement de douleurs abdominales vives, de vomissements, de diarrhée et de frissons. Les vomissements et la diarrhée cessent au bout de quarante-huit heures, mais il persiste de la céphalalgie, de la courbature, de l'inappétence, de la sensibilité abdominale, en même temps que les frissons se répètent.

Huit jours après le début de ces accidents la malade devient ictérique ; les urines sont rares et foncées (les réactions de Gmelin et de Hay sont positives), les matières fécales deviennent plus pâles sans être complètement décolorées. Cet état dure environ une semaine ; puis peu à peu l'ictère pâlit, le taux des urines augmente, bref l'évolution de la maladie est simple : le seul incident à signaler est une légère métrorragie qui s'arrête spontanément.

Le pronostic de cet ictère apparaît ainsi généralement bénin pour les femmes, mais l'influence sur le fœtus est très variable : parfois, ce sont des symptômes de souffrance passagers, accélération des battements cardiaques, d'autres fois, si l'infection est plus intense, le fœtus a des mouvements convulsifs et peut succomber *in utero*, ou enfin il est expulsé prématurément.

Bar rapporta en 1898 à la Société d'Obstétrique de Paris, le cas d'une femme chez laquelle les accès d'éclampsie ont été compliqués d'ictère ; on observa également des épistaxis. L'enfant naquit vivant, mais dès les premiers instants on fut frappé du volume exagéré de l'abdomen — quinze heures après la naissance, l'enfant, qui était dans une couveuse maintenue à la température de 28 degrés, avait de l'hypothermie ; il respirait mal et avait de la cyanose. Pendant la seconde moitié du deuxième jour, il eut de l'ictère et quelques vomissements. Il succomba à la dixième heure.

A l'autopsie, le péritoine contenait une assez grande quantité de liquide citrin et les anses de l'intestin grêle étaient accolées les unes contre les autres par de la fibrine.

L'examen histologique permit de reconnaître que le liquide péritonéal était pour ainsi dire une culture pure de colibacilles. On notait en outre de l'hépatite due au même micro-organisme et c'est sans doute à cette dernière qu'on doit l'ictère constaté dès le deuxième jour.

Et Bar terminait cette communication en disant :
« Il est curieux de voir l'enfant succomber avec de la colibacillose hépatique, quand il est acquis que le coli est un des agents pathologiques dont on a le mieux reconnu l'action dans la genèse de l'ictère grave chez l'adulte. »

C'est qu'en effet à cet ictère, en apparence bénin, succède parfois un ictère grave par diffusion du processus infectieux. Ici encore la grossesse semble prédisposer à l'ictère grave : sur 31 cas d'ictère grave, Frerichs a trouvé 22 femmes dont 11 étaient enceintes.

D'autres fois (comme dans l'observation recueillie à l'Hôpital Saint-Louis) cet ictère apparaît grave d'emblée. Virulence particulière du microbe... ou prédisposition de l'organe... ?

En tous cas, la septicémie primitive, lésant gravement le parenchyme hépatique, causera la sidération fonctionnelle ou la dégénérescence des cellules : nous serons en présence d'un ictère grave primitif.

Les symptômes de cet ictère grave seront ceux de l'ictère infectieux bénin, mais plus marqués, surtout les symptômes généraux (fièvre, frissons, troubles nerveux, vomissements) on notera en outre diverses complications hémorragiques (purpura, épistaxis, hématomèses, métrorragies). Signalons que dans ces cas l'hypothermie est fréquente. A la période terminale on observe souvent le délire et le coma. La mort survient très rapidement au milieu de symptômes d'ataxie et de collapsus. Dans le *Journal d'accouchement de Liège* de 1906, Gaulard fait entrer

en ligne de compte — à côté des modifications amenées par la grossesse à la structure du foie — le mauvais fonctionnement du rein, d'où découle rapidement une intoxication par les sels biliaires et les matières colorantes de la bile.

Reste le pronostic : disons qu'il est presque toujours fatal pour la mère, la mortalité atteindrait 67 o/o d'après Le Masson. L'enfant succombe presque toujours par suite de la toxémie. Les lésions constatées à l'autopsie sont généralement celles de l'atrophie jaune aiguë.

Voici quelques faits à l'appui :

Le 4 mai 1894, Hanot présenta à la Société Médicale des Hôpitaux une observation d'ictère grave hypothermique par infection colibacillaire, — état typhoïde, prostration extrême — subdélire intermittent — ictère généralisé, mais surtout marqué aux conjonctives et à la muqueuse sublingale.

Sur l'abdomen : nombreuses taches de purpura. Epistaxis répétées. Hématémèse. Hypothermie. Mort après trente-six heures de séjour à l'Hôpital Saint-Antoine.

Le sang, recueilli aseptiquement la veille de la mort, donna sur bouillon et sur agar des cultures pures de colibacilles. De même l'urine recueillie à la sonde montra du coli très caractérisé morphologiquement.

C'est un cas exactement semblable que notre Maître le professeur Metzger observa à l'Hôpital Saint-Louis.

Une femme enceinte de sept mois qui souffrait de

quelques troubles gastro-intestinaux depuis plusieurs jours, avec léger subictère, vient à pied à l'hôpital ; quelques heures plus tard elle est plongée dans un abattement sérieux — le lendemain matin la prostration est extrême, dans l'après-midi, état subcomateux, début de travail, le soir coma absolu — le lendemain à midi, mort au cours d'une hématomèse.

M. le Dr Aubertin a bien voulu nous communiquer les renseignements recueillis dans son service au moment de l'arrivée de cette malade, nous l'en remercions profondément.

Voici l'observation détaillée que nous avons pu reconstituer :

Mme L..., âgée de 26 ans, entre à l'Hôpital Saint-Louis dans le Service de Médecine générale, le 16 avril 1923, au matin. Lorsqu'elle est examinée quelques heures plus tard, la malade est déjà dans un état de prostration marqué. De ce fait, l'interrogatoire est rendu très difficile et peu de renseignements sont recueillis de la bouche de la malade, on apprend seulement qu'elle est enceinte de sept mois et que c'est sa troisième grossesse actuelle. Son affection remonte à une huitaine de jours et débuta par quelques malaises généraux joints à des troubles gastro-intestinaux.

Ayant convoqué le mari, voici les quelques renseignements complémentaires que celui-ci put nous fournir.

Depuis quelque temps la malade se plaignait de douleurs d'estomac et de brûlures et depuis une dizaine de jours elle aurait été plus souffrante, manifestant de l'inappétence, de l'anorexie, bref des troubles digestifs assez vagues ; mais, en outre, elle se serait plaint de souffrir dans le côté droit.

Le 9 avril, c'est-à-dire huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de vomissements.

Le samedi 14 avril, elle remarqua que ses conjonctives devenaient jaunes ; le lendemain cet ictère tendait à augmen-

ter. Le lundi 16 elle venait à l'hôpital, pouvant encore faire le trajet à pied, bien qu'assez abattue.

Enfin, nous avons appris que dans ses antécédents personnels on ne relevait ni colique hépatique, ni jaunisse. Ces deux premières grossesses furent normales et les suites de couches également ; les deux enfants : une fille de 8 ans et un garçon de 5 ans, sont bien portants. Quant aux antécédents héréditaires, son père est âgé de 65 ans et bien portant, sa mère est décédée d'une affection aiguë.

L'examen général de cette malade nous montre un ictère, peu accentué, surtout net aux conjonctives et sur la région abdominothoracique laissant les jambes intactes.

Ce qui frappe ensuite c'est cet état de torpeur dans lequel est tombée la malade. L'examen des différents organes que nous pratiquons alors nous révèle : une rate très augmentée de volume, perceptible sur une hauteur de 7 centimètres environ, un foie normal mais douloureux. La palpation nous fait sentir un utérus remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, développé comme pour une grossesse d'environ sept mois. A l'auscultation du cœur nous entendons un souffle mésocardiaque de timbre plutôt rude. Le pouls est à 100, un peu irrégulier, avec quelques extrasystoles.

La tension artérielle est de 13.

L'auscultation des poumons reste négative.

Nous ne notons aucune hémorragie cutanée ni viscérale.

Nous remarquons ensuite que la malade est apyrétique : la température prise à trois reprises successives, indique 36°5.

Les urines sont rougeâtres, peu abondantes, et contiennent des traces d'albumines, mais pas de sucre.

Les réactions de Gmelin et de Hay sont fortement positives.

Le 17 avril au matin la malade est dans un état typhoïde très prononcé ; la prostration est extrême et il y a un état de subdélire intermittent.

En outre on remarque que l'utérus de la femme se contracte et le toucher vaginal permet de constater un début de travail : le col présente une dilatation de un franc.

A 16 heures, la malade est transportée à la maternité ; elle est dans un état subcomateux.

A ce moment le Dr Metzger examine la malade, ausculte les bruits du cœur de l'enfant : ceux-ci ne sont pas perçus. Devant la situation fort grave pour la mère on décide de hâter la dilatation et d'extraire le fœtus au plus vite par les voies naturelles ; on retire un enfant du poids de 2.200 grammes ayant subi déjà un début de macération des membres inférieurs.

Dans l'après-midi, on prend la température de la malade toutes les trois heures : celle-ci oscille entre 37°2 et 37°6. Le coma augmente ; on a l'impression que la partie est perdue.

Le lendemain, 18 avril, à 13 h. 45, la malade expectore du sang noir ; à 14 h. 15 elle meurt dans une hématomérose.

L'autopsie fut pratiquée le 20 avril ; l'examen des différents organes permit de faire les constatations suivantes :

A l'ouverture de l'abdomen, rien n'attire notre attention sur la séreuse péritonéale, les anses intestinales apparaissent normalement distendues.

Le foie a conservé ses proportions normales ; il présente un aspect jaune chamois uniforme ; son poids est de 980 gr. A la coupe nous ne remarquons aucune trace d'hémorragie.

La vésicule apparaît normale, elle ne contient pas de calculs et la bile a un aspect normal également.

Les reins sont ictériques ; nous remarquons un piqueté ictérique dans la région corticale ainsi que des zones hémorragiques dans la région médullaire.

Pas d'apparence de lésions de néphrite.

L'examen de l'estomac nous révèle quelques petites hémorragies muqueuses.

Les poumons sont sains.

Le cœur d'un volume et d'un aspect normal ne présente aucune lésion valvulaire.

Enfin le placenta montre quelques hémorragies récentes.

Pour terminer cet exposé, ajoutons qu'un examen microscopique du foie fut pratiqué au laboratoire de la Faculté : la coupe montra une dégénérescence graisseuse typique avec

dissociation des travées hépatiques, toutes les apparences d'une atrophie jaune aiguë.

Autopsie de l'enfant. — Celle-ci ne nous permet aucune constatation pathologique.

L'enfant présentait seulement un début de macération des membres inférieurs, il semblait donc que l'on pût faire remonter la mort à environ quarante-huit heures ou trois jours au maximum.

Un facteur manque malheureusement à notre observation, c'est une hémoculture. Celle-ci n'a pas pu être faite. L'évolution aussi rapide, en fut certainement la cause.

Aussi nous prévoyons l'objection : sur quoi se baser pour affirmer qu'il s'agit ici d'un cas de colibacillose.

En effet, nous ne nous permettrons pas de l'affirmer, n'ayant pas en mains les preuves du laboratoire. Mais nous dirons cependant que les antécédents de la malade, le début de l'affection, son évolution clinique, les constatations d'autopsie, nous autorisent à penser que ce cas d'ictère grave doit être rattaché à la colibacillose. Nous avons vu que la grossesse prédisposait à cette maladie.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de signaler cette observation, qui schématise, à notre avis, la localisation hépatique la plus redoutable : l'ictère grave.

Ainsi, à n'en pas douter, la grossesse peut imprimer à l'ictère un cachet de gravité tel, que la mort survient rapidement. Dans le *Journal d'accouchement de Liège* de 1906, Gaulard fait remarquer que dans certains cas c'est la gestation seule qui est la

cause de l'aggravation des symptômes et de la mort. Aussi soulève-t-il la question suivante : le médecin ne serait-il pas autorisé dans des cas de ce genre, à provoquer l'accouchement ou même l'avortement ? grave question sur laquelle les opinions apparurent très partagées. Dans cette même séance, Charpentier déclara rejeter complètement la provocation artificielle du travail et pour soutenir cette opinion, invoqua les statistiques suivantes :

Avortements 50.....	guérisons 16 morts 34
Sans avortements 27...	guérisons 17 morts 10

A cette statistique Gaulard opposa la statistique de Meunier. Sur 10 femmes qui avortent : 9 guérissent, une seule meurt.

S'appuyant en outre sur les observations de Smith en 1873 :

Avortements 8.....	guérisons 5 morts 3
--------------------	--

Gaulard finit par conclure à la nécessité de l'interruption de la grossesse en cas d'ictère gravidique si les symptômes vont s'aggravant. « C'est la grossesse en somme qui aggrave l'ictère, n'est-il pas naturel de penser que la cessation amènera de la détente ? »

Voici maintenant quelques réflexions du Dr Raymond Lulle publiées dans ce même *Journal d'accouchements de Liège* :

« Pour avoir une idée exacte de la gravité du pronostic, il suffira de se reporter à la thèse de Le Mas-

son : sur les 39 cas relevés par cet auteur dans son travail, il y eut 26 morts et il s'agissait d'ictères graves et d'ictères bénins. Sur 26 cas mortels, la grossesse fut interrompue dix-sept fois avant la mort de la femme (8 avortements et 9 accouchements prématurés) et il n'y eut que deux accouchements à terme. Dans 7 cas la mort survint au cours du travail ou avant l'accouchement. Aussi suivant cet auteur quand la maladie est confirmée, le traitement médical approprié doit être institué, mais si le diagnostic d'ictère grave est confirmé, on doit provoquer l'avortement : c'est là une chance de guérison pour la femme. »

Malgré ces faits, le Dr Lambinon, termine sa communication en disant : « nous ne partageons nullement cette opinion et estimons au contraire que l'avortement ne peut qu'aggraver la situation. »

Que devons-nous penser de ces réflexions ?

L'ictère grave est, nous le savons, une affection presque fatalement mortelle, et rapidement le fœtus est frappé par la toxi-infection. Aussi, d'après les cas que nous avons étudiés, il nous semble que, seule, une intervention rapide et très précoce peut être couronnée de succès et ce, tant pour la guérison de la mère, que pour la survie de l'enfant, si la grossesse est près du terme. Quant à penser que l'avortement aggrave la situation, nous ne le croyons pas, bien au contraire. Aussi sommes-nous persuadés qu'en cas d'ictère grave confirmé, l'avortement thérapeutique immédiat s'impose et apparaît comme la seule chance — toujours problématique nous le reconnaissons —

de sauver la femme. Cette chance est fonction de la précocité de l'intervention.

Mais précisément la question délicate est de savoir quand l'état général est assez inquiétant pour légitimer l'interruption de la grossesse.

Au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, le professeur Demelin exposa qu'on ne devait pas trop temporiser et qu'il fallait, selon lui, agir avant que la période des accidents nerveux eût commencé ; nous nous rangeons entièrement à cette opinion.

Jusqu'à présent nous avons examiné des cas dans lesquels l'évolution fut fatale malgré une intervention obstétricale rapide. N'est-il pas permis de penser que cette intervention fut trop tardive et qu'une interruption plus précoce de la gestation eût pu sauver les malades ? Nous en sommes persuadés. Nous allons maintenant passer en revue des cas dans lesquels la guérison a été obtenue grâce à une intervention précoce : immédiatement les accidents cessèrent ; l'amélioration fut progressive et définitive. Cela doit-il nous étonner, quand nous assistons à la même sédation brusque des phénomènes, si la femme avorte spontanément ?

Nous croyons intéressant de rappeler le cas suivant signalé par Widal et Bénard dans le *Journal d'urologie* de 1912 : On assiste à l'évolution d'une septicémie apparue chez une femme enceinte avec un cortège de symptômes généraux, l'accouchement prématuré se produit, tous les phénomènes rentrent dans l'ordre.

Une femme de 26 ans, ménagère, enceinte depuis six mois était entrée dans notre Service le 13 janvier 1910 pour une fièvre continue, datant depuis huit jours et pour des douleurs lombaires ayant apparu deux jours après le début de la fièvre. La malade était abattue, la langue saburrale, son teint coloré : la température était à 39 et le pouls à 102.

A l'examen de l'abdomen on trouvait un utérus gravide dépassant l'ombilic de 4 travers de doigt et contenant un fœtus mobile dont les bruits du cœur étaient perçus sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic.

Les urines rares, troubles même, non albumineuses contenaient quelques leucocytes, des globules granuleux et pullulaient de bacilles ayant tous les caractères du colibacille.

Pendant huit jours la température resta oscillante entre 38 et 39.

Durant la semaine suivante elle oscilla entre 37 et 38 puis se maintint un peu au-dessus de 37 degrés. Pendant ce temps les douleurs lombaires diminuaient et les urines toujours rares redevenaient claires.

Vingt-neuf jours après l'entrée dans le Service, les douleurs lombaires avaient reparu, la température était remontée à 39 et des épistaxis étaient survenues. Deux jours après la température retomba pour osciller de nouveau entre 37 et 38.

Après six semaines de séjour dans le Service, la malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre ; des contractions utérines furent perçues et le toucher fit constater une dilatation du col du diamètre de 2 francs. On évacua la malade dans une Maternité.

Trois examens du sang ont été pratiqués :

Le 17 janvier, le 2 février et le 14 février. Le premier et le troisième fournirent une culture pure d'un bacille allongé à extrémités arrondies, mobile, ne prenant pas le Gram, faisant fermenter la lactose, virer le rouge neutre et la gélose lactosée tournesolée.

Il s'agissait donc d'un colibacille légitime.

Dans les urines examinées directement au microscope, on voyait fourmiller un bacille présentant les mêmes caractères.

Leur ensemencement donna une culture pure d'un bacille identique à celui qu'on avait isolé du sang.

Dans un cas rapporté par Senhartz et Schottmuller (*Die septischen der Krankheiten*) l'avortement est plus précoce et suit immédiatement les premiers grands frissons ; ici encore guérison complète après expulsion du fœtus.

« Femme de 32 ans, 9 avortements antérieurs en plus deux accouchements à terme avec enfants sains. Grossesse d'environ 6 mois quand le 8 octobre au matin, frissons violents. L'après-midi, hémorragie et bientôt expulsion du fœtus. On pratique une délivrance artificielle.

La malade, entrée à l'hôpital dès l'après-midi, a dès ce moment une température de 40 degrés ; l'écoulement vaginal est fétide. La culture des lochies utérines donne du coli à l'état de pureté.

L'ensemencement du sang prélevé ce jour même donne du colibacille pur.

Le lendemain 9 octobre : chute de la température ; l'écoulement vaginal reste fétide ; il y a aussi un peu de bronchite diffuse.

Le 10 octobre : nouvelle ascension de la température avec tympanisme abdominal.

Le 11 octobre : quelques douleurs ; température 39°3. Ce jour l'ensemencement du sang est stérile.

A partir de ce moment, amélioration, et le 16 la température tombe définitivement.

Voici maintenant un cas grave, très impressionnant, où l'avortement thérapeutique sauva la malade en amenant la cessation brusque de tous les accidents ; cette observation a été rapportée par le Dr Metzger à la Société d'obstétrique de cette année.

« J'ai été appelé le 12 novembre 1920 auprès d'une jeune femme de 18 ans, enceinte de quatre mois et que son médecin suivait depuis quelques jours pour des accidents de colibacillose : fièvre oscillant entre 38 et 39°5, état saburral, anorexie, douleurs lombaires des deux côtés, constipation assez marquée. Je fis continuer le traitement médical (régime lacté, urotropine, etc..) et pendant trois ou quatre jours il y eut une légère amélioration, quoique la température se maintint aux environs de 38.

Je revis cette malade le 24 novembre parce que les accidents avaient repris plus sérieusement : température autour de 39, frissons, urines moins abondantes, celles-ci au lieu d'être claires et jaunes comme auparavant, sont plus foncées, contenant nettement des pigments biliaires. D'ailleurs, à l'examen, on trouve une douleur à la vésicule ; de plus le rein droit qui était à peine perceptible est devenu volumineux ; l'état général est beaucoup plus touché : la malade présente de la céphalée, une anorexie absolue et une asthénie très marquée. Elle est vue alors par notre collègue le Dr Marion qui pratique un cathétérisme de l'uretère le 26 novembre ; il constate une rétention nette du bassinet droit et laisse la sonde à demeure. Une légère sédation de la température suit pendant vingt-quatre heures. Mais la température remonte de nouveau à 39°6 et il est question de faire une intervention sur ce rein, soit néphrostomie ou même-néphrectomie. Je pense qu'il est préférable de tenter d'abord un avortement thérapeutique. Je place donc aussitôt plusieurs grosses lamineuses, qui me permettent le lendemain 28 novembre de vider l'utérus. Le soir de l'intervention la température tombe à 37 et ne remonte plus au delà de 37°5. Au bout de huit jours la malade est guérie.

La gravité des accidents me fait insister vivement pour qu'une nouvelle grossesse soit évitée, car j'apprends que cette jeune femme a eu quelques années auparavant une scarlatine grave avec albuminurie dont on retrouve des traces de temps en temps.

Ces conseils ne sont guère suivis, car je suis appelé de

nouveau auprès de cette malade au début d'octobre 21 pour des accidents identiques : grossesse de trois mois et demi, température, anorexie, douleur du rein droit.

L'état général étant encore peu atteint, j'institue le traitement médical ; cette fois encore il y a quelques jours d'amélioration, puis brusquement l'état devient alarmant : température dépassant 40 degrés, frissons, langue saburrale, état typhique. Je n'hésite pas alors à pratiquer l'avortement le 12 octobre et dès le lendemain tous les symptômes graves disparaissaient et la malade guérit sans aucun incident.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : d'abord elle nous fait voir l'évolution rapide de l'affection ; en quelques jours l'état de la malade devient alarmant et une décision rapide s'impose ; puis, elle nous montre la ténacité de la maladie qui récidive à la grossesse suivante, enfin et surtout, c'est le plus impressionnant, à deux reprises consécutives, la cessation brusque de tous les accidents à la suite de l'avortement thérapeutique.

Remarquons en passant ce fait que nous signalions déjà au début de ce travail, à savoir : l'allure trompeuse que peuvent revêtir ces accidents de colibacillose ; tout dans cette observation pouvait faire croire que nous avions affaire à une pyélonéphrite simple : douleurs lombaires, rein droit perceptible, rétention du bassin, cependant le cathétérisme n'amenait qu'une sédation légère et tout à fait passagère, bientôt les phénomènes généraux reprenaient avec plus d'acuité. Aussi envisageait-on la nécessité d'une néphrectomie. L'interruption de la grossesse amena brusquement la rétrocession de tous ces accidents.

A la même séance de la Société d'Obstétrique, le professeur Brindeau présentait un cas également très probant de guérison de colibacillose grave par interruption de la grossesse.

Il s'agissait d'une femme de 22 ans qui, en 1920, présenta à l'occasion d'une grossesse une pyélonéphrite sérieuse avec température élevée. A 5 mois, elle expulsa spontanément deux fœtus et tous les phénomènes regressèrent aussitôt après.

En mai 1922, nouvelle grossesse qui évolua normalement jusqu'à octobre ; bientôt surviennent des accidents caractérisés par de la pollakiurie, des frissons, des vomissements, des douleurs lombaires. La température est aux environs de 39 degrés, le pouls à 120.

L'urine est trouble mais assez abondante, la tension est à 16-8 (Pachon). La malade est soumise au traitement diététique sévère, accompagné de la thérapeutique classique (urotropine, lavage d'intestin, ventouses sacrifiées lombaires). Les accidents devenant plus graves, l'urine est prise aseptiquement et cultivée en vue d'un auto-entéro-vaccin (colibacille pur). Pendant les quarante-huit heures nécessaires à la préparation du vaccin, l'état devient encore plus alarmant ; le troisième jour, première absorption de vaccin ; le quatrième jour, la malade est toujours plus mal : langue sèche, anurie presque complète, température 40 degrés, pouls faible et très rapide, état typhique, subdélire.

Devant l'aggravation des symptômes et étant donné ce qui s'était passé lors de la première grossesse, nous décidons de pratiquer l'avortement.

Dès le lendemain la température revient à la normale et peu à peu tous les accidents disparaissent.

M. Brindeau terminait son rapport en disant :
« Voilà donc une femme qui, a ses deux grossesses consécutives, est atteinte de colibacillose grave et qui

voit disparaître immédiatement et complètement tous les troubles à la suite de l'arrêt de la gestation. Nous croyons que ces cas sont exceptionnels puisque le plus souvent les accidents de colibacillose guérissent par le traitement médical, il n'en est pas moins vrai que la provocation de l'avortement a sauvé la malade. »

Voici encore un cas, observé par le professeur Brindeau quelque temps auparavant à l'hôpital Saint-Louis, et pour lequel on fut obligé de provoquer l'accouchement.

Nous en rapportons l'observation :

Mme L. B..., 28 ans, se présente à l'hôpital parce qu'elle se sent souffrante depuis quelques jours. Elle est enceinte d'environ sept mois et demi. Sa grossesse s'est assez bien passée à part quelques troubles digestifs et une constipation opiniâtre. Depuis huit jours environ elle accuse des maux de tête, de l'inappétence et un malaise général qui l'empêchent de travailler.

A son entrée on trouve une femme à facies assez fatigué. Sa langue est sèche, le pouls fréquent mais la température est normale. L'enfant se présente par le siège, il est vivant. Deux jours après son entrée, frissons violents avec sueurs. Le thermomètre monte à 40 degrés. Point de côté dans le flanc droit. Après avoir passé en revue tous les appareils on pense à la possibilité d'une pyélonéphrite. Les urines recueillies sont d'un demi-litre par vingt-quatre heures, elles n'offrent rien d'anormal. On ne trouve pas d'albumine ni pus au microscope ; pas de colibacille. La région rénale droite est cependant un peu sensible. Pendant les jours suivants la température oscille entre 38 et 40 degrés.

Le 20 décembre, la malade est dans un état assez sérieux, le pouls fréquent, la langue sèche. L'abdomen est douloureux et l'utérus se tend facilement. Le fœtus qui se présente en

S. I. G. est vivant. La région rénale droite est très sensible, il existe un peu de défense musculaire de ce côté. Vessie non sensible au toucher ni au niveau du col ni au niveau de l'abouchement des uretères. Les 22 et 23 décembre, violent frisson. Les urines assez abondantes (1 l. environ) sont un peu troubles. On trouve quelques globules de pus au microscope. L'état général est toujours mauvais. Il existe à la base droite du poumon de la matité et quelques râles fins. Etant donnée l'insuffisance du traitement médical effectué jusqu'à présent (régime lacté, urotropine, distension vésicale), étant donné de plus le volume de l'enfant qui semble suffisant pour être viable, on décide de provoquer l'accouchement.

Le 29 décembre au matin, pose d'un ballon de champetier; il est expulsé le soir à 7 heures. A 8 heures, accouchement spontané d'un enfant se présentant par le siège; il pèse 2.150 grammes.

Le soir de l'accouchement 39 degrés de température, le lendemain matin 37 degrés. Depuis ce moment la température est redescendue à la normale, l'état général est redevenu satisfaisant. Les urines se sont chargées d'un dépôt purulent. Ce dépôt finit par s'atténuer de plus en plus et la femme sort guérie avec son enfant le 31 janvier.

Ainsi que le fait remarquer le professeur Brindeau, cette observation est intéressante à deux points de vue: c'est d'abord la difficulté du diagnostic au début de l'affection, puis, ici encore, la disparition rapide de tous les phénomènes locaux et généraux, à partir du jour où l'utérus a été vidé.

Ces faits, croyons-nous, méritaient d'être exposés.

Nous avons cherché dans la littérature médicale si l'attention des auteurs avait été déjà attirée sur cette question: nous croyons pouvoir dire que peu d'auteurs ont insisté sur la gravité que peut parfois

présenter la colibacillose gravidique ; plus rarement encore l'avortement thérapeutique est signalé comme le seul moyen de sauver la malade et s'imposant de toute nécessité.

En fait, ce sont presque exclusivement les cas de pyélonéphrite gravidique qui ont été étudiés et pour lesquels l'interruption de la grossesse a été envisagée dans les cas graves. Toutefois cette intervention fut rarement pratiquée. En 1904 Legueu, dans son rapport au Congrès de gynécologie de Rouen, n'avait pu relever que 7 cas parmi lesquels 1 avortement et 6 accouchements prématurés. Dans son rapport sur « les indications médicales à la provocation de l'accouchement », pour le IV^e Congrès d'obstétrique de Rouen, 1907, Pinard écrivait : « La pyélonéphrite peut être également aggravée du fait de la grossesse et à ce point que les jours de la femme soient en danger. Dans ces cas, l'intensité de la fièvre, la difficulté plus grande avec laquelle s'opère la sécrétion urinaire, l'état général, peuvent seuls déterminer l'intervention. »

Rappelons aussi les observations de Puech, Pinard et Lepage, de Funck-Brentano, etc...

Mais nulle part la colibacillose gravidique, *dans sa phase d'infection pure* et avant toute localisation rénale, n'est signalée comme pouvant s'aggraver subitement au point de mettre en danger la vie de la femme et de nécessiter une intervention rapide.

Tous les auteurs semblent d'accord pour dire que la colibacillose est une affection bénigne et qui doit

guérir médicalement. C'est en effet généralement la règle, fort heureusement ; cependant il ne faudrait pas croire qu'il en est toujours ainsi. Nous avons précisément voulu montrer que dans certains cas, rares il est vrai, la colibacillose revêt une gravité telle que le traitement médical reste inefficace et que rapidement les jours de la femme sont en danger. En pareil cas, la conduite à tenir nous semble formelle : il faut sans tarder interrompre la grossesse ; sans cette intervention radicale et précoce, on risque de voir la malade succomber ; au contraire, si l'on intervient en temps opportun, tous les accidents cessent et la femme est sauvée : Nous venons de voir l'heureux résultat obtenu par cette thérapeutique dans plusieurs cas alarmants.

Avant de terminer cette étude il nous paraît intéressant d'examiner rapidement quelle est l'influence de la colibacillose sur le produit de conception. Quel pronostic pouvons-nous porter pour le fœtus ? Nous avons vu précédemment combien les infections hépatiques étaient funestes pour le fœtus, nous croyons pouvoir dire que dans les cas graves de colibacillose le pronostic fœtal est extrêmement sévère : la femme a tendance à accoucher prématurément ; il ressort des différentes statistiques qu'on peut évaluer à 25 0/0 environ le nombre d'accouchements avant terme. Dans ce cas le pronostic tient surtout à l'âge de la grossesse, mais disons bien que, dans de nombreux cas, nous voyons le fœtus succomber *in utero* ou de toxi-infection après l'accouchement.

Voici, à l'appui, une observation rapportée par Puech que nous tenons à signaler parce que, d'une part, elle nous montre l'influence néfaste de la colibacillose sur le fœtus (disparition des bruits du cœur à l'auscultation, mouvements actifs encore perçus par la mère, bien que moins nettement, enfin mort et expulsion du fœtus). D'autre part, elle met en évidence ce fait sur lequel nous avons déjà insisté : la disparition rapide de tous les phénomènes morbides après l'évacuation de l'utérus :

Mme V..., 29 ans, enceinte pour la seconde fois, ne présente pas d'antécédents héréditaires ni personnels, à part une coqueluche et une rougeole dans l'enfance ; jusqu'à la grossesse actuelle rien n'attire l'attention du côté de l'appareil urinaire ; la première grossesse se passa sans incident et se termina par la naissance d'un garçon bien constitué qui fut nourri au sein par sa mère.

Les premiers mois de cette seconde grossesse n'ont présenté rien de particulier. Dans le courant du septième mois Mme V... commença à se plaindre de douleurs dans la région lombaire, avec sensation de lassitude générale. Il y eut aussi, à cette époque, de sérieux troubles gastro-intestinaux, avec véritables débâcles diarrhéiques.

Le 5 mars dans l'après-midi Mme V... fut prise brusquement d'un frisson suivi de sensation de chaleur et de congestion vive de la face. Le thermomètre marquait 39°8, le pouls battait à 136. Cette poussée aiguë dura treize jours exactement. Néanmoins la grossesse se poursuivait normalement. L'auscultation pratiquée à plusieurs reprises avait révélé l'existence de bruits du cœur fœtal parfaitement normaux. Or, le 14 avril ces bruits ne furent plus perçus, malgré l'examen attentif et Mme V... déclara alors qu'elle sentait remuer son enfant, mais moins nettement depuis quelques jours.

Le 5 mai le travail débuta à 11 heures du soir et le 6 à

5 heures du matin Mme V... expulsait, en présentation du sommet, un enfant mort du sexe masculin, en état de macération assez prononcée.

Les suites de couches furent absolument régulières, la régression utérine se fit en peu de jours. La température revint à la normale ; les douleurs lombaires disparurent rapidement ; seules les urines mirent un certain temps à reprendre leur limpidité normale.

L'action fâcheuse de la colibacillose sur le fœtus semble donc bien établie : dans les cas graves, il est de règle qu'il succombe.

Dès lors, voici une raison de plus, croyons-nous, qui nous autorise à poser, dans les cas graves de colibacillose, la légitimité de l'interruption de la grossesse : celle-ci nous paraît pleinement justifiée, c'est l'intérêt de la mère, puisque, nous l'avons vu, cette thérapeutique amène la cessation brusque des accidents. Mieux vaut alors sauver la mère et sacrifier un enfant déjà très compromis, que de voir succomber et la mère et le fœtus en temporisant trop longtemps.

Avant de terminer ce court exposé, nous tenons à rapporter des réflexions que M. Ch. Devé fit à MM. Brindeau et Metzger, lors de la discussion sur ce sujet à la Société d'Obstétrique : « Je me demande s'il n'y a pas danger à répandre cette opinion, que l'interruption de la grossesse peut être un mode de traitement de la pyélonéphrite... » Nous tenons à répéter que la colibacillose gravidique guérit le plus souvent par un traitement médical approprié, mais

il est des cas graves — heureusement assez rares — dans lesquels une intervention obstétricale précoce peut seule sauver la mère.

Il n'est pas classique d'interrompre la grossesse pour colibacillose et nous ne voudrions pas laisser entrevoir ou encore moins proposer l'avortement thérapeutique comme le traitement courant, habituel de cette affection, mais il nous a semblé utile de signaler ce fait que, dans certains cas précis de colibacillémie grave, la question de l'interruption de la grossesse peut se poser d'une façon pressante. Nous voudrions donc simplement mettre en garde le praticien contre cette façon de faire qui consiste à temporiser trop longtemps, c'est-à-dire à laisser succomber la mère, dans le but très problématique de conserver un fœtus qui a toutes chances de succomber lui aussi : l'avortement thérapeutique dans ces cas graves permet au moins de conserver la mère puisqu'il amène la cessation brusque des accidents.

Si nous avons insisté sur la gravité présentée par certains cas de colibacillose gravidique, c'est que beaucoup de praticiens ont tendance à considérer cette affection comme presque toujours bénigne. Or il n'en est pas toujours ainsi malheureusement.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir dans la colibacillose gravidique

Pour achever cette courte étude, à propos de quelques cas graves, il nous paraît logique de schématiser en quelques lignes la conduite à tenir et le traitement à prescrire dans la colibacillose gravidique.

A) *Avant tout accident.* — Il y aura lieu d'instituer un traitement prophylactique, car il convient de reconnaître que, réputé banal, sinon utile comme le voulait Bazy, le colibacille est en réalité un ennemi vigilant, caché dans l'organisme, prêt à profiter de ses défaillances.

Dans une de ses leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, M. Lequeux, voulant nous montrer toute l'importance de la colibacillose pendant la gestation, nous disait ceci : « Le colibacille est à la femme enceinte, ce qu'est le streptocoque à la femme en couches : son ennemi. »

C'est à ce traitement prophylactique que le médecin doit accorder toute son attention : éviter la constipation, l'infection intestinale, assurer le nettoyage de l'intestin. Mais, signalons en passant, le danger

des purgatifs par trop énergiques ; méfions-nous des grandes purgations en période aiguë.

A la période de début de l'infection c'est un traitement de la cause qu'il faudra instituer.

La meilleure thérapeutique anticolibacillaire consistera à mettre la femme au régime lacto-végétarien, il y a intérêt à éviter le régime lacté pur, qui est parfois mal supporté ; assurer des gardes-robes quotidiennes (huile de paraffine, vasolaxine) et la désinfection intestinale.

Modifier la flore intestinale par des ferments lactiques. Enfin on luttera encore efficacement contre l'infection en associant l'urotropine à cette médication et en faisant uriner abondamment les malades (eaux minérales par exemple).

B) A la période d'infection confirmée, il conviendra de prescrire un traitement médical sévère et approprié : les alcalins, les antiseptiques biliaires et intestinaux ménageront le foie, le régime lactovégétarien, les diurétiques soulageront les reins, l'urotropine, l'helmitol combatteront l'infection *in situ*.

Puis, on pourra avoir recours à la vaccinothérapie qui, d'après les études récentes, apparaît comme une méthode d'une réelle efficacité ; l'emploi de l'autovaccin semble jusqu'à présent préférable ; cette méthode a donné d'excellents résultats, dans le traitement des infections urinaires principalement. Signalons à ce propos :

Les rapports de Tuffier à la Société de Chirurgie du 29 juin 1910.

« La vaccinothérapie dans la pyélonéphrite de la grossesse » par Durieux.

Deux cas de bactériurie à coli guéris par auto-vaccination (XX^e Congrès de l'Association française d'Urologie, Paris, 6 octobre 1920).

Enfin, à la suite des travaux de Trémolière et Lassance (*Septicémie colibacillaire traitée par l'auto-bactériothérapie*. Société médicale des Hôpitaux de 1921) il semble bien démontré que l'évolution des septicémies de type général peut être très heureusement influencée par la vaccinothérapie.

Quant à la sérothérapie il faut dire que malgré les recherches d'Albarran et Mosny, elle n'est pas sortie du domaine expérimental.

Si malgré cette thérapeutique une amélioration nette ne se produit pas, si les accidents (frissons, accès fébriles) se répètent, il importe de se méfier. Si l'anorexie, la fatigue persistent, si l'amaigrissement s'accroît, que le pouls s'accélère et que l'asthénie apparaît, il faut sans tarder plus longtemps avoir recours à l'interruption de la grossesse, avant que l'état général de la femme ne soit devenu trop précaire ; à cette seule condition on peut escompter un succès.

CONCLUSIONS

I. La colibacillose gravidique est une affection extrêmement fréquente et variée dans ses manifestations. C'est une septicémie à point de départ intestinal qui peut évoluer plus ou moins longtemps en dehors de toute localisation.

II. Il existe une certaine confusion entre les deux termes de colibacillose et de pyélonéphrite gravidique. Au stade d'infection pure, à la phase septicémique, la femme élimine des colibacilles, sans qu'il y ait de localisation rénale : il y a bactériurie comme dans toute septicémie.

III. Cette colibacillose gravidique est généralement bénigne et il faut bien reconnaître que le traitement médical suffit dans le plus grand nombre des cas ; mais, il importe de savoir que dans quelques cas — rares heureusement — cette colibacillose revêt un caractère des plus sérieux, les phénomènes généraux s'aggravent au point de mettre rapidement en danger la vie de la femme, avant qu'aucune localisation viscérale ne se produise.

IV. Dans ces cas graves le traitement médical apparaît impuissant à juguler les accidents, aussi importe-il de ne pas temporiser trop longtemps et de s'adresser, sans plus tarder, au traitement obsté-

trical : l'interruption artificielle de la grossesse peut seule sauver la vie de la femme — à condition que cette intervention soit précoce — en amenant la cessation brusque des accidents.

V. L'interruption de la grossesse ne doit être qu'un traitement d'exception, réservé à ces cas graves de colibacillose gravidique ; il importe par conséquent de les connaître, afin de pouvoir les dépister à temps et mettre en œuvre la thérapeutique appropriée.

Vu, le Président de la thèse :

BRINDEAU

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI. — Les ictères infectieux d'origine septicémique et l'infection descendante des voies biliaires. Th. Paris, 1910.
- ABRAMI et FERNET. — Septicémie colibacillaire (Journal de Médecine, 1909).
- BAR. — La période présuppurative de l'infection des uretères chez la femme enceinte (Bulletin de la Société d'Obstétrique, 1904, p. 200).
- BAR et BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.
- BOEDO. — De la pyélonéphrite chez la femme enceinte. Th. Paris.
- BRINDEAU et SIGURET. — Avortement provoqué pour pyélonéphrite (Bull. de la Soc. d'Obst., n° 2, 1923).
- BLACKADER et GILLES. — General infection by colon bacillus With fatal Septicæmia (New-York med. journal, 85, p. 483, 1907).
- BRIAN. — Über Allgemein infektion durch Bacterium Coli Commune Deutch (Archiv. für Klin. Medizin, 1912, vol. CVI, p. 373).
- COZON et LEMIERRE. — Infection des voies urinaires d'origine intestinale (Bull. Soc. méd. Hôp., 1919, p. 743).
- CATHALA. — Pyélonéphrite gravidique. Thèse Paris, 1904, n° 92.
- DOMET. — Contribution à l'étude de la septicémie intestino-péritonéale. Paris, 1888, n° 106.
- DUGUÉ. — Colibacillémie. Th. Paris, 1921.
- ESCOUBOUÉ. — Traitement des pyélonéphrites à coli. Th. Paris, 1912.
- FOURNIER. — Pyélonéphrite et grossesse. Th. Toulon, 1905-1901, n° 649.
- FUNCK BRENTANO. — Pyélonéphrite ayant nécessité l'interruption de la grossesse (Compte rendu d'Obst., 14 déc. 1908).
- GANGAIN (L.). — Recherches sur les infections d'origine intestinale au cours de la puerpéralité. Th. Paris, 1906-1907, n° 383.
- GILBERT. — Nouveau traité de médecine (article : Colibacilliose).
- GIRARD (G.). — Contribution à l'étude biologique du colibacille. Th. Bordeaux, 1913-1914, n° 10.
- HANOT. — L'ictère grave hypothermique colibacillaire (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 1894, p. 269).
- HEITZ-BOYER. — Néphrites et pyélonéphrite d'origine intestinale (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 17 oct. 1919).
- Pyélonéphrites intestinales (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 18 juillet 1919).

- JEANNIN. — Colibacillose et état puerpéral. Leçon faite à l'hôpital Tenon, 14 avril 1921.
- JEANNIN et CATHALA. — Doubles pyélonéphrites suppurées à coli Société d'Obst. de Paris, juin 1905).
- LAMBINON. — Colibacillose pendant la grossesse (Journal d'accouchement. Liège, 1906).
- LEGUEU. — « La pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité » (Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Rouen, 1904).
- LEPAGE. — Pyélonéphrite double et accouchement prématuré provoqué (Société d'Obst. de Gynécol. et de Pédiatrie. 1899).
- MARQUIS. — Staphylococcies et colibacilloses puerpérales (Ann. de Gynécol. et d'Obst., 1908).
- MÉNÉTRIÉR et BRODIN. — Colique hépatique avec septicémie colibacillaire, 1^{er} juillet 1910.
- METZGER. — A propos de l'interruption de la grossesse pour colibacillose (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol. Paris, n° 2, 1923).
- MOREAU (René). — Des infections et des intoxications d'origine intestinales au cours de la puerpéralité. Th. Paris, 1904-1905, n° 379.
- PLANTON et TIDY. — The occurrence of the colon bacillus in the blood (Lancet, 1912).
- PENARD. — Appendicite pendant la grossesse. Th. Paris, 1912, n° 170.
- PINARD. — Des indications médicales à la provocation de l'accouchement (IV^e Congrès d'Obst. et de Gynécol. Rome, 1902; Soc. d'Obst., 3 novembre 1889 et 8 février 1904).
- PUECH. — Accouchement prématuré provoqué pour pyélonéphrite double (Bulletin Soc. d'Obst. de Paris, 1909, p. 233). — Pyélonéphrite et mort du fœtus (Bulletin Soc. d'Obst. Paris, 1909, p. 372).
- ROMIEU. — Vaccination dans le traitement des pyélonéphrites. Paris, 1922.
- WIDAL et BENARD. — Pyélonéphrites gravidiques descendantes par septicémie colibacillaire (Journal d'Urologie, 15 mars 1912).
- WIDAL et LEMIERRE. — Septicémie colibacillaire (Gazette des Hôpitaux, 19 juillet 1904, n° 81, p. 803). — Quatre cas de septicémie colibacillaire (Bulletin et Mémoires de la Soc. médicale des Hôpitaux, 2 juillet 1920). — Maladies infectieuses.
- WIENS. — Zur Kasuistik der Kolibactériämie (Munchener Med. Woch., 1909).

